

洲本市長様

同 意 書

洲本市が、私に対する洲本市国民健康保険に係る傷病手当金の支給の審査を行うに当たり、私の勤務の状況、新型コロナウイルスの罹患の状況その他当該審査に必要な事項を洲本市が事業主、医療機関等から直接取得することに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)